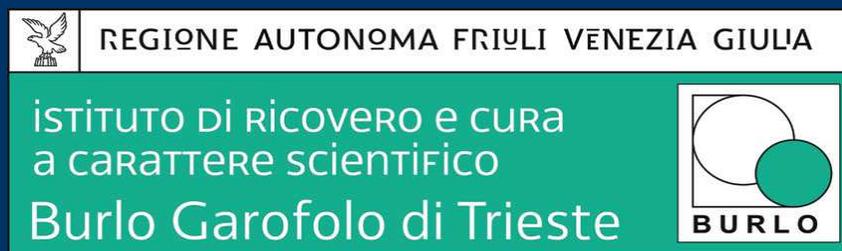


*“Violenza sessuale e di genere:  
cosa vedere, come agire, quali obblighi”*

## Esperienze e proposte operative nei Dipartimenti di Emergenza e Pronto Soccorso degli Ospedali del FVG

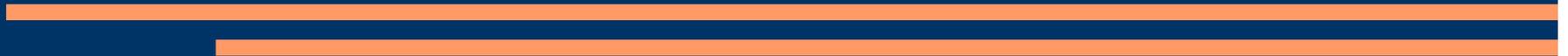


**G. Verardi**

# Accettazione ostetrico ginecologica IRCCS BURLO

Accoglie donne vittime di:

- violenza sessuale
- donne in gravidanza vittime di maltrattamento
- consulenze per minori vittime di abuso sessuale o con sospetto di abuso sessuale



## **ACCOGLIENZA**

Le donne vittime di abuso che si rivolgono al nostro istituto sono accolte dall'ostetrica che rappresenta il primo momento di contatto con l'operatore sanitario.

È importante che l'ostetrica si approcci con discrezione e sensibilità, deve dedicare tempo ed accoglierla in un ambiente riservato per garantire la privacy della vittima

*Occorre sapere ascoltare con un atteggiamento empatico e non giudicante, rispettare e contenere sentimenti ed emozioni, non drammatizzare e nemmeno banalizzare quanto viene riferito.*

Una buona esperienza di ascolto e accoglienza può favorire l'avvio di una presa in carico successiva per il superamento del trauma

---

---

## Accesso al Pronto Soccorso e *Triage*

La donna può accedere al Pronto Soccorso:

- Spontaneamente (sola o con prole minore)
- Accompagnata dal 118 con o senza l'intervento delle FF.OO
- Accompagnata dalle FF.OO
- Accompagnata da operatrici dei Centri antiviolenza
- Accompagnata da altri servizi pubblici o privati
- Accompagnata da persone da identificare
- Accompagnata dall'autore della violenza

# *Linee Guida Nazionali 2017*

## **PER LE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE IN TEMA DI SOCCORSO E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA ALLE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA**

### **Trattamento diagnostico - terapeutico**

La donna presa in carico deve essere accompagnata in un'area separata dalla sala d'attesa generale che le assicuri protezione, sicurezza e riservatezza.

Eventuali accompagnatrici/accompagnatori, ad eccezione delle/dei figlie/i minori, dovranno essere in un primo momento allontanati; successivamente, e solo su richiesta della donna, potranno raggiungerla nell'area protetta.

Salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa – codice giallo o equivalente - così da garantire una visita medica tempestiva (tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

***E' IMPORTANTE CHE DURANTE L'ATTESA  
LA DONNA NON SIA LASCIATA MAI DA SOLA***

---

---

## *Personale coinvolto*

La complessità dell'evento traumatico "violenza sessuale" e le sue conseguenze richiedono che il medico non intervenga da solo. Deve avvalersi della collaborazione di un'ostetrica formata che lo affianchi per tutto il tempo necessario

È comunque importante che durante la visita e gli accertamenti non ci siano troppe persone

## *Linee Guida 2017*

Allegato A) Trattamento diagnostico – terapeutico, fornito e redatto dal Ministero della Salute.

**È necessario garantire una corretta raccolta dell'anamnesi e degli elementi di prova, e una accurata descrizione delle lesioni corporee che faciliti, in caso di indagine giudiziaria, la valutazione dei tempi e delle modalità della loro produzione**

---

---

# Esame obiettivo

Ostetrica: provvede ad aprire il kit apposito



## *Modalità di repertazione*

Gli operatori, durante l'espletamento di tutte le operazioni, devono **obbligatoriamente** adottare tutte le procedure volte ad evitare fenomeni di contaminazione (contaminazione operatore-reperto, contaminazione reperto-reperto ecc)



**Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che si reperta/manipola un indumento) cuffietta e mascherina**



***Utilizzare un telo/lenzuolo di carta su cui far spogliare la donna***





***Aiutare la vittima nella svestizione***

---

---



*Raccogliere eventuale  
materiale presente sugli  
indumenti o sul corpo  
della vittima*



***Maneggiare con cautela gli indumenti perchè potrebbero contenere materiale biologico dell'aggressore***

---

---



***Procedere  
prestando attenzione  
a tutelare la privacy  
della vittima, non  
farla mai rimanere  
svestita***

---

---



***Ripiegare gli indumenti su se stessi***

---

---



***Conservare gli indumenti singolarmente in sacchetti di carta, tessuto non tessuto o in scatoloni di cartone. MAI IN SACCHETTI DI PLASTICA.***

***le buste vanno sigillate e su ciascuna deve essere posto l'identificativo del reperto CONSERVATI A TEMPERATURA AMBIENTE***

---

---

*Raccogliere il materiale sotto ungueale  
con dei bastoncini sterili*



***Riporre i bastoncini in contenitori di plastica sterili e conservarli in congelatore***



*Se opportuno tagliare le unghie e riporre  
in contenitori sterili da conservare in  
congelatore*



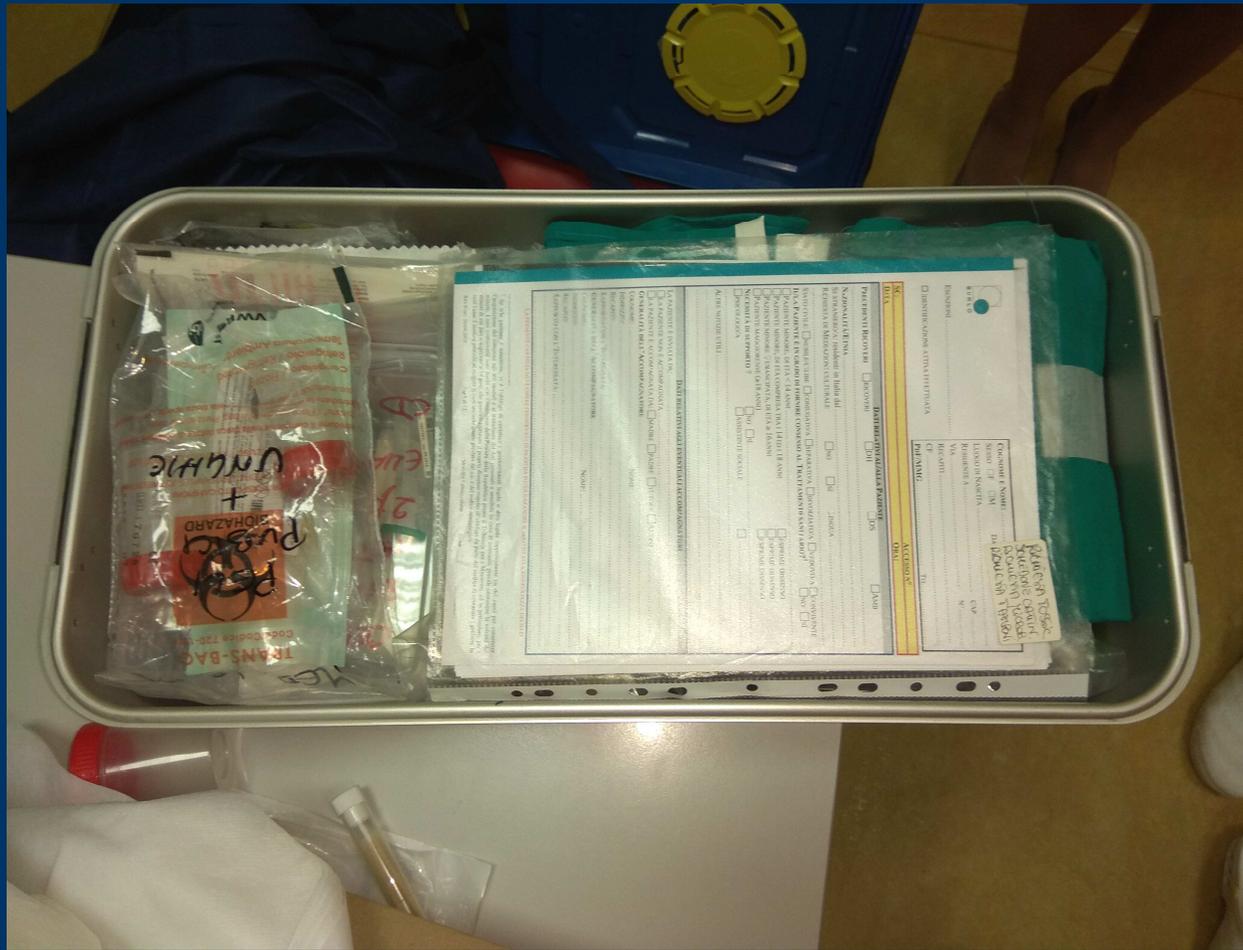
*Ispezionare tutto il corpo per cercare ferite, abrasioni, graffi, morsi e tutto quello che può essere stato causato dall'aggressore descrivendo fedelmente le caratteristiche di quanto rilevato*



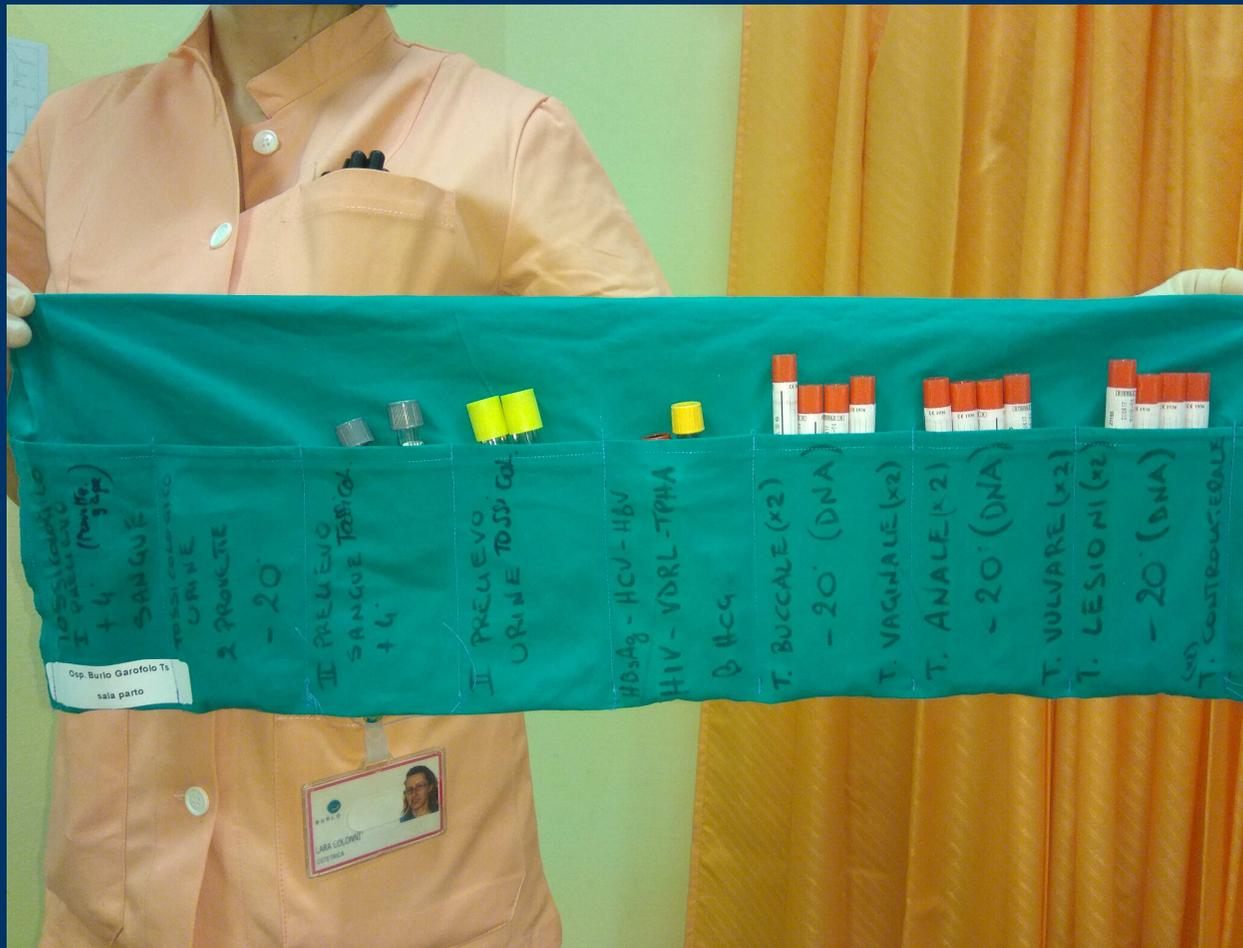
*Indispensabile avere una macchina fotografica per acquisire le immagini delle zone interessate. Il cd sarà conservato in cartella a disposizione delle forze dell'ordine*



**secondo kit: contiene tutto il materiale necessario ad effettuare i tamponi, i prelievi ematici e la documentazione necessaria.**



# Materiale per esami con finalità medico legale

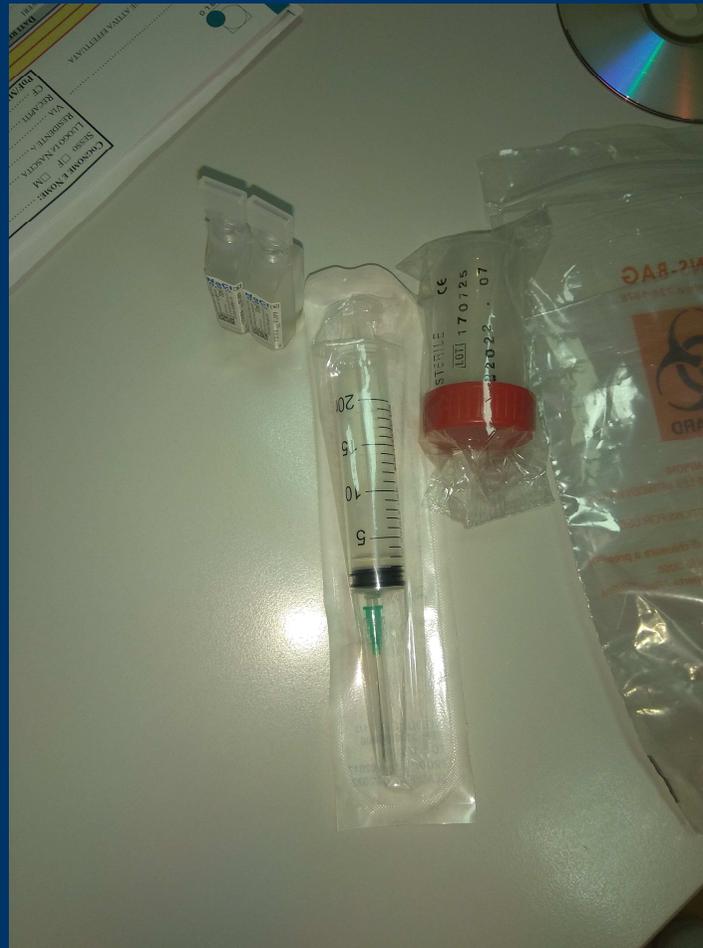


## ***CAMPIONI ACQUISITI PER FINALITÀ MEDICO-LEGALI***

Sul corpo della vittima: devono essere effettuati almeno due tamponi sia nelle zone tipiche: orale, periorale, vaginale, perivaginale, vulvare, anale, peniena che in zone dove l'aggressore ha effettuato dei toccamenti, si è potuto accostare con i genitali o con la bocca, etc

Pertanto i prelievi devono essere guidati anche dal racconto della vittima.

# *Lavaggio vaginale*



## ***PRELIEVI PER FINALITÀ TOSSICOLOGICHE***

**PRIMO PRELIEVO EMATICO**

**SECONDO PRELIEVO EMATICO (dopo 2 ore)**

**PRELIEVO URINA**

**SECONDO PRELIEVO URINA (dopo 2 ore)**

**ALTRO .....**



**PRELIEVI PER ESAMI SIERO-EMATICI**

**RICERCA DI ANTICORPI ANTI-HBV/HCV/HIV/HBSAG**

**ALTRO .....**

**PRELIEVI PER ESAMI SIERO-EMATICI E URINARI**

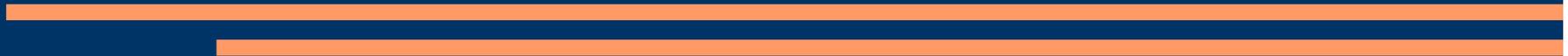
**TPHA/VDRL**

**HCG BETA**

**HCG URINARIO**

**ALTRO .....**

**MULTISTICK URINE**



# Campioni acquisiti per microbiologia/virologia



## ***CAMPIONI ACQUISITI PER MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA***

### **RICERCA PER GONOCOCCO**

**TAMPONE VAGINALE (nella minore)**

**TAMPONE CERVICALE (nella donna adulta)**

**TAMPONE RETTALE**

**TAMPONE OROFARINGEO**

### **RICERCA DI *CHLAMYDIA TRACHOMATIS***

***TAMPONE VAGINALE (nella minore)***

***TAMPONE CERVICALE (nella donna adulta)***

***TAMPONE ANALE***

### **RICERCA DI *TRICHOMONAS***

***TAMPONE VAGINALE***

***RICERCA DI *TREPONEMA PALLIDUM* (solo in presenza di lesioni suggestive di infezione)***

***TAMPONE VULVARE***

***TAMPONE RETTALE***

***TAMPONE PERIORALE***

***TAMPONE ORALE***

---

---

## ***CAMPIONI ACQUISITI PER MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA***

### **PRELIEVI VIROLOGICI**

**RICERCA DI *HERPES VIRUS* (solo in presenza di lesioni suggestive di infezione)**

**TAMPONE VAGINALE**

**TAMPONE VULVARE**

**TAMPONE RETTALE**

**TAMPONE PERIORALE**

**TAMPONE ORALE**

**RICERCA DI *PAPILLOMA VIRUS* (solo in presenza di lesioni suggestive di infezione)**

**TAMPONE VAGINALE**

**TAMPONE VULVARE**

**TAMPONE RETTALE**

---

---

**GONOCOCCO**

***CHLAMYDIA TRACHOMATIS***

***TRICHOMONAS***

***TREPONEMA PALLIDUM***

***HERPES VIRUS***

***PAPILLOMA VIRUS***

***UNICO TAMPONE PER OGNI SEDE***



## ESAMI MICROBIOLOGICI

COGNOME E NOME .....	SESSO	F	[]	M	[]
DATA DI NASCITA .....	NAZIONALITA' .....				

<b>RICHIEDENTE</b>	<b>P.S. PEDIATRICO</b>	[]	<b>P.S. GINECOLOGICO</b>	[]
	<b>CONSULTORIO</b>	[]	<b>ALTRO</b>	[]

	T. VULVARE	T. VAGINALE	T. CERVICALE	T. RETTALE	T. OROFARINGEO
<i>C. trachomatis</i>	[]	[]	[]	[]	[]
<i>N. gonorrhoeae</i>	[]	[]	[]	[]	[]
<i>T. vaginalis</i>	[]	[]	[]	[]	[]
<i>T. pallidum</i>	[]	[]	[]	[]	[]
HPV	[]	[]	[]	[]	[]
HSV	[]	[]	[]	[]	[]

<b>DIAGNOSI</b>	Vaginite	[]		
	Cervicite	[]		
	Asintomatico/a	[]		

<b>SINTOMATOLOGIA</b>	Leucorrea	[]	Algie pelviche	[]
	Dispareunia	[]	Disuria	[]
	Brucciore	[]	Spotting	[]
	Altro	[]	Lesione	[]

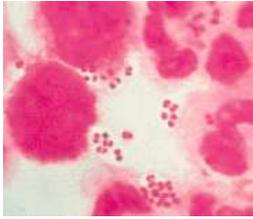
  

<b>CONTRACCEZIONE</b>	Nessuno	[]	Condom	[]
	Contracc. orale	[]	Diaframma	[]
	IUD	[]	Altro	[]
	Spermicida	[]		

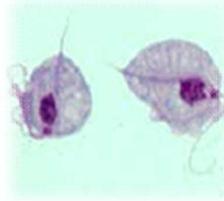
  

<b>IN GRAVIDANZA</b>	Sì	[]	No	[]
----------------------	----	----	----	----

DATA RICHIESTA .....	<b>MEDICO RICHIEDENTE</b> .....
	<b>FIRMA</b> .....
	<b>TIMBRO</b> .....



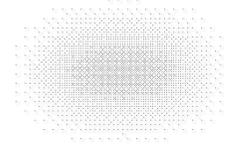
**Gonococco**



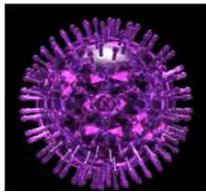
**Trichomonas Vaginalis**



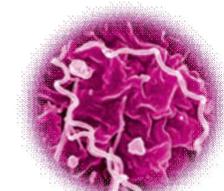
**Chlamy** **tis**



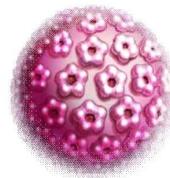
**tampone vaginale/vulvare  
tampone cervicale  
tampone rettale  
tampone orofaringeo**



**Herpes Virus (HSV)**



**Treponema Pallidum**



**Papilloma virus (HPV)**

## **PROTOCOLLO OPERATIVO PER INDAGINI MICROBIOLOGICHE MOLECOLARI**



Le tecniche **NAAT** utilizzate per la diagnosi di **IST** con performance di **alta specificità e sensibilità** rispetto ai metodi tradizionali, sono considerate **Gold Standard**

- Rilevazione simultanea dei patogeni associati ad infezioni MST su uno stesso campione biologico
  - Rapidi tempi di risposta (alcune ore)
  - Presenza di microorganismi in assenza di sintomatologia
  - Conservazione del materiale biologico per tempo indefinito
- 
-

1 TAMPONE

tappo GIALLO

per sede

T. CERVICALE

T. VAGINALE

T. VULVARE

T. RETTALE

T. OROFARINGEO

CT  
NG  
HPV  
TP  
\*HSV

CT  
NG  
TV  
HPV  
TP  
\*HSV

CT  
NG  
TV  
HPV  
TP  
\*HSV

CT  
NG  
HPV  
TP  
\*HSV

CT  
NG  
HPV  
TP  
\*HSV

CT: Chalmydia Trachomatis

NG: Neisseria Gonorrhoeae

TV: Trichomonas Vaginalis

HPV: Human Papillomavirus

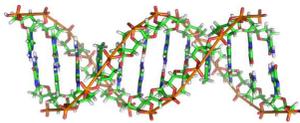
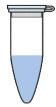
TP: Treponema Pallidum

\*HSV: Human Herpes Virus in presenza di lesione

**I campioni vanno conservati a T.ambiente per 24h ( meglio a +4 C) o congelati a -20 C per tempi maggiori**

**Campione biologico**

**ESTRAZIONE**



Chlamydia trachomatis

Neisseria gonorrhoeae

Trichomonas vaginalis

Treponema pallidum

HPV

HSV

**Piattaforma multipla**



**AMPLIFICAZIONE e LETTURA del RISULTATO in RT**

**2h!**

## TEST SIEROLOGICI

Si prevede un prelievo di siero per la ricerca di anticorpi per

**Treponema pallidum**

**HIV\***

**HBV**

**HCV**



**da usare come baseline per il follow-up da effettuare entro 72 ore \*  
per 4 settimane**

## FOLLOW-UP

Le visite di follow-up offrono la possibilità di:

- individuare nuove infezioni acquisite durante o dopo l'abuso;
- completamento del ciclo dei vaccini anti-Epatite B e anti- HPV se indicati;
- consulenza e trattamento delle MST;
- monitoraggio degli effetti collaterali e dell'efficacia della profilassi post esposizione, se prescritta.

***La ripetizione dei test potrebbe rilevare organismi infettivi che al momento della visita iniziale avevano concentrazioni al di sotto del limite di sensibilità del test.***

**DONA IL TUO 5X1000  
ALL'IRCCS BURLO GAROFOLO**  
l'ospedale delle mamme  
e dei bambini del FVG!



RICERCA SANITARIA - CODICE FISCALE 00124430323

**Grazie per  
l'attenzione**



ESENZIONI .....

IDENTIFICAZIONE ATTIVA EFFETTUATA

**COGNOME E NOME:** .....

SESSO  F  M DATA DI NASCITA .....

LUOGO DI NASCITA .....

RESIDENTE A ..... CAP .....

VIA ..... N° .....

RECAPITI .....

CF .....

**PdF/MMG**..... TEL.....

**SC:** ..... **ACCESSO N°:** .....

**DATA** ..... **ORA:** .....

**DATI RELATIVI AL/ALLA PAZIENTE**

PRECEDENTI RICOVERI  RICOVERI  DH  DS  AMB

NAZIONALITÀ/ETNIA .....

SE STRANIERO/A: residente in Italia dal .....

RICHIESTA DI MEDIAZIONE CULTURALE  NO  SÌ LINGUA .....

STATO CIVILE:  NUBILE/CELIBE  CONIUGATO/A  SEPARATO/A  DIVORZIATO/A  VEDOVO/A  CONVIVENTE

**IL/LA PAZIENTE È IN GRADO DI FORNIRE CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO?<sup>1</sup>**  NO  SÌ

PAZIENTE MINORE, DI ETÀ < 14 ANNI .....

PAZIENTE MINORE, DI ETÀ COMPRESA TRA I 14 ED I 18 ANNI  ESPRIME DISSENSO

PAZIENTE MINORE ♀ EMANCIPATA, DI ETÀ ≥ 16 ANNI  ESPRIME DISSENSO

PAZIENTE MAGGIORENNE (≥ 18 ANNI)  ESPRIME DISSENSO

NECESSITÀ DI SUPPORTO ?  NO  SÌ .....

PSICOLOGO/A  ASSISTENTE SOCIALE  .....

ALTRE NOTIZIE UTILI .....

**DATI RELATIVI AGLI EVENTUALI ACCOMPAGNATORI**

LA PAZIENTE È INVIATA DA: .....

LA PAZIENTE NON È ACCOMPAGNATA .....

LA PAZIENTE È ACCOMPAGNATA DA:  MADRE  PADRE  TUTORE  ALTRO .....

**GENERALITÀ DELL'ACCOMPAGNATORE** .....

COGNOME: ..... NOME: .....

INDIRIZZO: .....

RECAPITI: .....

RAPPORTO CON L'INTERESSATA: .....

**GENERALITÀ DELL'ACCOMPAGNATORE** .....

COGNOME: ..... NOME: .....

INDIRIZZO: .....

RECAPITI: .....

RAPPORTO CON L'INTERESSATA: .....

LA PRESENTE CARTELLA DEVE ESSERE CONSERVATA IN MODO DA POTER GARANTIRE IL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA DEI DATI

<sup>1</sup> Se il/la paziente è minorenne, vi è l'obbligo di contattare i genitori/tutore legale o altro legale rappresentante (se del caso) per consentire l'acquisizione del consenso agli atti sanitari e al trattamento dei dati personali e sensibili. In caso di contrasto, prevale comunque la volontà del minore. I casi controversi sono risolti con l'intervento della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, ed in particolare, per i minori di età pari o superiore ai 14 anni, che possono esprimere il proprio dissenso rispetto all'obbligo da parte del medico di contattare i genitori. In tutti i casi il medico procede ad erogare le cure secondo quanto previsto dal c.c. e dal codice deontologico.



**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA CONTINUA**

SI È LAVATO/A?  No  Sì COME? .....

CAVO ORALE .....

LESIONE CUTANEE .....

REGIONE ANO-GENITALE .....

.....

SI È GIÀ MEDICATO/A?  No  Sì COME? .....

HA CAMBIATO INDUMENTI E/O SOLO BIANCHERIA INTIMA? .....

HA AVUTO RAPPORTI SESSUALI SUBITO PRIMA O DOPO L'AGGRESSIONE?  No  Sì, QUANDO? A CHE ORA? .....

.....

HA ASSUNTO FARMACI?  No  Sì QUALI? IN CHE DOSE? .....

IN MODO VOLONTARIO  IN MODO COATTO; DA CHI? .....

.....

HA ASSUNTO STUPEFACENTI?  No  Sì QUALI? IN CHE DOSE? .....

IN MODO VOLONTARIO  IN MODO COATTO; DA CHI? .....

.....

HA ASSUNTO ALCOLICI  No  Sì QUALI? IN CHE DOSE? .....

IN MODO VOLONTARIO  IN MODO COATTO; DA CHI? .....

.....

PRIMA DELLA VIOLENZA AVEVA SINTOMI GINECOLOGICI?  No  Sì, QUALI? .....

.....

HA SUBITO PREGRESSI EPISODI DI VIOLENZA? .....

FISICA:  No  Sì, QUANDO? ..... DA PARTE DI CHI? .....

SESSUALI:  No  Sì, QUANDO? ..... DA PARTE DI CHI? .....

.....

SINTOMI RIFERITI .....

.....

**DOLORE:** PRESENTE?  No  Sì INSORTO IL ..... SEDE .....

SCALA: ..... PUNTEGGIO ..... TIPO:  PIZZICA  PUNGE  BRUCIA  PULSA  OPPRIME  CRAMPI

FREQUENZA:  SALTUARIO  FREQUENTE  COSTANTE  RICORRENTE  ALTRO .....

.....

ORIENTATO/A NEL TEMPO E NELLO SPAZIO ..... VALUTAZIONE GCs<sup>2</sup> .....

RAPIDA VALUTAZIONE NEUROLOGICA .....

.....

È POSSIBILE COLLOQUIARE CON IL/LA PAZIENTE?  No  Sì .....

PRESENTA SINTOMI PSICOLOGICI/EMOTIVI?  No  Sì, QUALI? .....

**ANAMNESI GINECOLOGICA DELLA DONNA/DELLA MINORE (NON APPLICABILE SE IL MINORE È DI SESSO MASCHILE)**

**SE LA PAZIENTE È MAGGIORENNE:**

MENARCA: ..... CARATTERISTICHE DEL CICLO: .....

GRAVIDANZE: ..... PARTI SPONTANEI: ..... T.C. ....

.....

U.M.: ..... STATO DI GRAVIDANZA:  No  Sì .....

USO DI CONTRACCETTIVI IN ATTO: .....

PREGRESSE FLOGOSI VULVO/VAGINALI: .....

TRAUMI O CHIRURGIA GENITALE PREGRESSA: .....

SANGUINAMENTI GENITALI PREGRESSI: .....

SECREZIONI VAGINALI:  PREGRESSE  IN ATTO: .....

ANAMNESI GINECOLOGICA DELLA DONNA/DELLA MINORE (BARRARE SE IL MINORE È DI SESSO MASCHILE)

SE LA PAZIENTE È MINORENNE:

MENARCA: ..... CARATTERISTICHE DEL CICLO: .....

PREGRESSE FLOGOSI VULVO/VAGINALI: .....

TRAUMI O CHIRURGIA GENITALE PREGRESSA: .....

SANGUINAMENTI GENITALI PREGRESSI: .....

SECREZIONI VAGINALI:  PREGRESSE  IN ATTO: .....

ATTIVITÀ SESSUALE:  NO  SÌ .....

USO DI CONTRACCETTIVI IN ATTO:  NO  SÌ, QUALI? .....

ESAME DEGLI INDUMENTI

INDUMENTI INDOSSATI (comprensivi di biancheria intima) .....

STATO DEGLI INDUMENTI: CAMBIATI  NO  SÌ PULITI  NO  SÌ SGUALCITI  NO  SÌ  
BAGNATI  NO  SÌ ASCIUTTI  NO  SÌ IMBRATTATI  NO  SÌ

PRESENZA DI TAGLI E/O LACERAZIONI?  NO  SÌ .....

NATURA E SEDE DELLE EV. MACCHIE: SANGUE  NO  SÌ SPERMA  NO  SÌ VOMITO  NO  SÌ

ERBA  NO  SÌ POLVERE  NO  SÌ GRASSO  NO  SÌ

BITUME  NO  SÌ ESCREMENTI  NO  SÌ ALTRO  NO  SÌ

DESCRIVERNE SEDE, FORMA ED ESTENSIONE DI OGNI ALTERAZIONE UTILIZZANDO IL RIGHELLO IN DOTAZIONE:

PRESENZA DI CORPI ESTRANEI: PELI  NO  SÌ TERRA  NO  SÌ ERBA  NO  SÌ

ALTRO .....

MANCANZA DI BOTTONI:  NO  SÌ; SEDE E NUMERO .....

PRELIEVO INDUMENTI?  NO  SÌ, QUALI? .....

ALTRE NOTE UTILI .....

INDICARE OBBLIGATORIAMENTE IL NUMERO DI FOTO ESEGUITE (in lettere) .....

ESAME OBIETTIVO

ESAME OBIETTIVO GENERALE

PESO ..... KG ALTEZZA ..... CM BMI .....

EVENTUALI PROBLEMI NUTRIZIONALI DA SEGNALARE:  NO  SÌ .....

CAVITÀ ORALE .....

FRACTURE / TRAUMA CRANICO .....

LESIONI EXTRAGENITALI .....

COMPRESSIONI ED IRRITAZIONI CUTANEE (numero, sede ed aspetto) .....

ECCHIMOSI (numero, sede, colore, lesioni da afferramento ai polsi) .....

ECCHIMOSI DA SUZIONE .....

ABRASIONI (numero, sede) .....  
 ESCORIAZIONI (numero, sede, profondità, lesioni di difesa alle mani/bocca) .....  
 LACERAZIONI (numero, sede, profondità, direzione) .....  
 MORSICATURE (numero, sede, caratteristiche) .....  
 UNGHIATURE, GRAFFIATURE .....  
 CICATRICI (numero, sede, caratteristiche) .....  
 ALTRO .....  
 IMBRATTAMENTI DI SPERMA: NO SI      SANGUE NO SI      ALTRO NO SI  
 numero, sede, caratteristiche .....  
 INDICARE OBBLIGATORIAMENTE IL NUMERO DI FOTO ESEGUITE (in lettere) .....

**ESAME OBIETTIVO GINECOLOGICO (BARRARE SE IL MINORE È DI SESSO MASCHILE)**

**REGIONE VULVARE** .....  
 GRANDI LABBRA .....  
 PICCOLE LABBRA .....  
 FORCHETTA .....  
 IMENE Ø transimemale max ..... spessore ..... colore .....  
 morfologia .....  
 ev. incisure e soluzioni di continuo .....  
 ESTROGENIZZAZIONE DELLA MUCOSA (nella minore) .....  
 PORTIO (nella donna) .....  
**PERINEO E REGIONE ANALE** .....  
 GLUTEI .....  
 CUTE PERINEALE .....  
 FISSURAZIONI / RAGADI .....  
 TONO/DILATAZIONE DELLO SFINTERE (minori) .....  
 FECI NELL'AMPOLLA RETTALE .....  
 CONGESTIONE VENOSA, EMORROIDI .....  
 SEGNI FLOGISTICI .....  
 ESITI CICATRIZIALI .....  
**VAGINA** .....  
 ISPEZIONE IN POSIZIONE GINECOLOGICA, GENUPETTORALE SUPINA .....  
 ISPEZIONE IN POSIZIONE GENUPETTORALE PRONA (nella minore) .....  
 PRESENZA DI CORPI ESTRANEI IN VAGINA (nella minore) .....  
 VAGINOSCOPIA .....  
 PH VAGINALE  <5,5  >5,5 .....  
 FISH ODOR TEST .....

**PRELIEVI  
CAMPIONI ACQUISITI PER FINALITÀ MEDICO-LEGALI**

**PRELIEVI PER FINALITÀ IDENTIFICATIVE**

TAMPONE A SECCO PER PRELIEVI BUCCALI (DOPPIO CAMPIONE)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
TAMPONE A SECCO PER PRELIEVI VULVOVAGINALI (DOPPIO CAMPIONE)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	ORE .....
TAMPONE A SECCO PER PRELIEVI ANALI (DOPPIO CAMPIONE)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	ORE .....
ALTRI TAMPONI A SECCO PER PRELIEVI (sede) ..... (DOPPIO CAMPIONE) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
ALTRI TAMPONI A SECCO PER PRELIEVI (sede) ..... (DOPPIO CAMPIONE) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
ALTRI TAMPONI A SECCO PER PRELIEVI (sede) ..... (DOPPIO CAMPIONE) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
PRELIEVO DI MATERIALE PRESENTE TRA PELI PUBICI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
PRELIEVO SOTTOUNGUEALE <input type="checkbox"/> MANO DX <input type="checkbox"/> MANO SX	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
LAVAGGIO VAGINALE (DOPPIO CAMPIONE)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
TAGLIO UNGHIE <input type="checkbox"/> MANO DX <input type="checkbox"/> MANO SX	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
ALTRO .....	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

**PRELIEVI PER FINALITÀ TOSSICOLOGICHE<sup>4</sup>**

PRIMO PRELIEVO EMATICO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
SECONDO PRELIEVO EMATICO (dopo 2 ore)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
PRELIEVO URINA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
SECONDO PRELIEVO URINA (dopo 2 ore)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ALTRO .....	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

**CAMPIONI ACQUISITI PER MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA<sup>3</sup>**

**PRELIEVI MICROBIOLOGICI (inviare a SC Igiene e medicina Preventiva - Laboratorio Batteriologia)**

RICERCA PER GONOCOCCO (tampone vaginale)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE VAGINALE (nella minore)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE CERVICALE (nella donna adulta)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE RETTALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE OROFARINGEO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
RICERCA DI <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE VAGINALE (nella minore)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE CERVICALE (nella donna adulta)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE ANALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
RICERCA DI <i>TRICHOMONAS</i> (su brodo di coltura) <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE VAGINALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
VETRINO A FRESCO DA TV	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
RICERCA DI BATTERI, MICETI E VAGINOSI BATTERICA (VB) <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE VAGINALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
GRAM (nella donna adulta)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

**CAMPIONI ACQUISITI PER MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA CONTINUA**

**PRELIEVI VIROLOGICI (inviare a SC Igiene e medicina Preventiva - Laboratorio Virologia)**

RICERCA DI <i>HERPES VIRUS</i> (solo in presenza di lesioni suggestive di infezione)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE VAGINALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE VULVARE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE RETTALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE PERIORALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE ORALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
RICERCA DI <i>PAPILLOMA VIRUS</i> (solo in presenza di lesioni suggestive di infezione)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE VAGINALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE VULVARE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
SCRAPING CERVICALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
TAMPONE RETTALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

<sup>3</sup> Secondo campione in sede controlaterale

<sup>4</sup> Tali campioni vanno inviati tempestivamente al Laboratorio di Tossicologia forense

<sup>5</sup> Vedi anche le indicazioni specifiche fornite dalla Microbiologia e dalla Virologia dell'IRCCS Burlo Garofolo

<sup>6</sup> Solo per donne adulte e adolescenti

**CAMPIONI ACQUISITI PER MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA CONTINUA**

**PRELIEVI PER ESAMI SIERO-EMATICI** (da inviare a SC Igiene e medicina Preventiva - Laboratorio Sierologia)

RICERCA DI ANTICORPI ANTI-*HBV/HCV/HIV/HbsAg*  NO  SI  
ALTRO .....  NO  SI

**PRELIEVI PER ESAMI SIERO-EMATICI E URINARI** (da inviare a SC Laboratorio di Analisi - Immunopat. clinica)

TPHA/VDRL  NO  SI  
HCG BETA  NO  SI  
HCG URINARIO  NO  SI  
ALTRO .....  NO  SI  
MULTISTICK URINE  NO  SI

**PIANO DI CURA**

**PRESCRIZIONI / PROFILASSI / TERAPIA ATTUATA:** .....

.....  
.....

**INTERVENTI PREVISTI:** .....

.....  
.....

**NECESSITÀ DI EDUCAZIONE SANITARIA DEL/DELLA PAZIENTE / FAMIGLIARI (INFORMAZIONI):**  NO  SI

.....  
.....

**NECESSITÀ DI CONTROLLO/FOLLOW-UP:**  NO  SI .....

DOVE ..... IL ..... / ..... / .....

RICOVERO .....  
 DAY HOSPITAL / DAY SURGERY .....  
 AMBULATORIO .....

**REFERTO** (contenente generalità paziente/accompagnatore/sanitario)  NO<sup>7</sup>  SI

.....  
INVIATO ALLA PROCURA DELLA REP. VIA FAX ALLE ORE ..... IN DATA: .....

**CONSEGNA DEI CAMPIONI PER FINALITÀ MEDICO-LEGALI**  NO  SI ...../...../..... H .....

CONSEGNA AL SIG/A ..... IN DATA: .....

REPERII: .....

.....  
.....

FIRMA DEL CONSEGnatARIO ..... FIRMA DEL RICEVENTE .....

FIRMA DEL MEDICO ..... DATA ..... H .....

<sup>7</sup> L'obbligo di segnalazione con referto da parte del sanitario che venga a conoscenza del fatto di reato, è disciplinato dagli art. 365/334 /609 bis /609 quater /609 octies c.p. In realtà i casi in cui si può procedere d'ufficio e quindi vi è l'obbligo di segnalazione da parte del sanitario, sono talmente numerosi da comprendere la quasi totalità dei casi che si verificano nella pratica.

**Le linee guida 2017, Al termine del  
trattamento diagnostico-terapeutico, per le  
donne maltrattate, raccomandano di  
utilizzare lo strumento di rilevazione del  
rischio di re vittimizzazione, indicato dal  
Ministero della Salute**

---

---

## RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI REVITTIMIZZAZIONE NEI CASI DI MALTRATTAMENTO<sup>7</sup>

### Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5)

1) La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?

|Si      |No

2) L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?

|Si      |No

3) Pensa che l'aggressore possa ucciderla?

|Si      |No

4) L'ha mai picchiata durante la gravidanza?

|Si      |No

5) L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?

|Si      |No

*Linee Guida 2017*

*"Percorso per le donne che subiscono violenza"*

**La risposta positiva a tre domande ha una sensibilità dell'83% e denota un rischio elevato. Questo strumento rappresenta quindi un valido aiuto nell'individuazione delle vittime di violenza con elevato rischio di re vittimizzazione, permettendo l'attuazione di un intervento mirato e tempestivo**

*GRAZIE PER L'ATTENZIONE*

